

Tomasz Zyss¹

Kilka uwag o tzw. rencie wojennej

A few remarks on the so-called war pension

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ
Kierownik: prof. dr hab. A. Zięba

Ustawodawca przewidział możliwość przyznania niektórym osobom wymienionym w odpowiednich ustawach świadczeń inwalidy wojennego. W zakresie psychiatrii najczęściej podnoszonym jest zespół przewlekłego porazowego stresu (PTSD; dawniej KZ-syndrom) – mający obraz zaburzeń neurasteniczno-depresyjno-lękowych. Najnowsza literatura tematu porusza problematykę min. symulacji i metasympulacji objawów zespołu PTSD i stwierdza, iż „... uznanie PTSD w celach odszkodowawczych może nastąpić dopiero po ustabilizowaniu się objawów, nie wcześniej jednak niż po roku leczenia – poddania się stosownej terapii psychologicznej i psychofarmakologicznej”. Praktyka orzecznicza pokazuje niestety, iż starania o świadczenia inwalidy wojennego – z rozpoznaniem PTSD w druku rentowym – podejmują osoby, które nigdy wcześniej nie leczyły się psychiatrycznie. Częstą praktyką orzeczniczą jest wystawianie odpowiedniego druku rentowego na podstawie jednej wizyty konsultacyjnej u lekarza psychiatrii.

Jako w pełni uprawniona teza jawi się sformułowanie, iż nie sposób po upływie pół wieku od okresu wojny i okupacji weryfikować związek przyczynowy schorzeń występujących u żyjących kombatantów z urazami psychofizycznymi doznanymi wiele dekad wcześniej. Inna teza, jakoby zasadnym było we wszystkich takich przypadkach orzekanie świadczeń inwalidy wojennego – jawi się mieć charakter czysto uznaniowy i stoi w pewnej sprzeczności z istotą orzecznictwa.

The legislator has provided for a possibility of granting war disability pensions to some persons listed in appropriate legal acts. In the area of psychiatry, the most

frequently indicated disorder is PTSD (post-traumatic stress disorder – formerly KZ-syndrome) manifesting in the form of neurasthenic-depressive-anxiety disturbances. The latest literature on the subject mentions the problem of simulation and meta-simulation of PTSD symptoms and claims that “...recognition of PTSD as the basis for indemnity ends can take place no sooner than PTSD symptoms have become stable and no sooner than after one year of treatment – with adequate psychological and pharmacological therapy”. Expert practice, however, reveals that applications for war disability pensions with a diagnosis of PTSD mentioned in the application form – are filed by persons who have never been subject to psychiatric treatment before. It often happens that an expert draws up a disability pension form based on one psychiatric consultation.

It seems fully justified to state that after half a century, which has passed since the end of the war and occupation, it is impossible to verify the causal nexus between the disorders suffered by the living combatants and the psycho-physiological injuries inflicted upon them many decades ago. Another thesis, suggesting that it would be justified to grant war disability pensions in all such cases, seems to be of discrete character and therefore appears incompatible with the nature of opinioning.

Słowa kluczowe: renta inwalidy wojennego, zaburzenia psychiatryczne, PTSD, krytyczne uwagi
Key words: war pension, psychiatric disturbances, PTSD, critical remarks

¹ Tekst niniejszej pracy został oparty o ponad 10-letnie obserwacje poczynione przez autora jako biegłego Sądu Okręgowego w Krakowie.

UREGULOWANIA PRAWNE

Kombatanci oraz osoby represjonowane w trakcie wojny i w okresie powojennym stanowią szczególną populację osób, które mogą skorzystać z dobrodziejstwa świadczeń tzw. inwalidztwa wojennego. Przyznawanie tego rodzaju świadczeń stanowi domenę lekarskiego orzecznictwa pozaubezpieczeniowego.

Podstawą do podjęcia starań o świadczenia rentowe jest posiadanie odpowiednich uprawnień kombatanckich (Zaświadczenie Urzędu do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych) – czyli wykazanie wymienionych ustawowo rodzajów działalności kombatanckiej. Ustawodawca dokładnie wymienia jakie osoby mogą otrzymać świadczenia inwalidy wojennego.

I tak Ustawa z dnia 29 maja 1974 roku – o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin w art. 6 wymienia [8], iż inwalidą wojennym jest żołnierz, który został zaliczony do jednej z grup inwalidów wskutek inwalidztwa powstałego w związku z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych w czasie:

- 1) pełnienia w okresie wojny 1939-1945 służby w Wojsku Polskim, w polskich formacjach wojskowych przy armiach sojuszniczych oraz w oddziałach ruchu podziemnego lub partyzanckiego prowadzących na obszarze Państwa Polskiego walkę z hitlerowskim okupantem,
- 2) uczestniczenia w walkach z oddziałami Ukraińskiej Powstańczej Armii oraz grupami Wehrwofu.

Za inwalidę wojennego uważa się również żołnierza mającego obywatelstwo polskie, który został zaliczony do jednej z grup inwalidów wskutek inwalidztwa powstałego w związku z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych w czasie pełnienia w okresie wojny 1939-1945 służby w armii Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich oraz w innych armiach sojuszniczych, a także w oddziałach antyfaszystowskiego ruchu podziemnego lub partyzanckiego działających na obszarze innych państw.

Zgodnie z art. 7 ustawy za inwalidztwo powstałe w związku z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych uważa się inwalidztwo będące następstwem zranień, kontuzji i innych obrażeń lub chorób doznanych:

- 1) w walce z wrogiem,
- 2) na froncie lub w związku z pobytem na froncie,
- 3) wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej w czasie określonym w art. 6,

- 4) w związku z pobytem w niewoli lub w obozie dla internowanych,
- 5) w związku z udziałem w ruchu podziemnym lub partyzanckim oraz z pobytem w niewoli, w obozach koncentracyjnych lub w więzieniach za udział w tym ruchu.

Za inwalidę wojennego (art. 8) uważa się również osobę mającą obywatelstwo polskie, która została zaliczona do jednej z grup inwalidów z tytułu inwalidztwa będącego następstwem zranień lub kontuzji doznanych w związku z:

- 1) pełnieniem służby w wojskowych oddziałach ludowych w czasie wojny domowej w Hiszpanii lub w okresie internowania w następstwie tej służby,
- 2) udziałem w obronie Poczty Gdańskiej we wrześniu 1939 roku i w walkach o Cytadelę Poznańską w lutym 1945 roku,
- 3) uczestniczeniem w konwojach w okresie wojny 1939-1945 w charakterze członka załóg handlowych statków morskich,
- 4) udziałem w Powstaniu Wielkopolskim oraz Powstaniach Śląskich,
- 5) rozminowywaniem kraju w czasie pełnienia służby w Siłach Zbrojnych Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej po zakończeniu wojny 1939-1945.

W myśl art. 57 ustawy – związek zranień, kontuzji i innych obrażeń lub chorób z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych ustala wojskowa komisja lekarska. Grupę inwalidztwa (obecnie: stopień niezdolności do pracy na poziomie częściowym lub całkowitym oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji) i datę jego powstania, związek inwalidztwa z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych ustala lekarz orzecznik ZUS z udziałem lekarza – przedstawiciela Związku Inwalidów Wojennych Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej.

Drugą ważną ustawą określającą grupy osób mogących starać się o rentę inwalidy wojennego jest ustawa z dnia 24 stycznia 1991 roku – o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego [9].

Według art. 1 kombatantami są osoby, które brały udział w wojnach, działaniach zbrojnych i powstaniach narodowych, wchodząc w skład formacji wojskowych lub organizacji walczących o suwerenność i niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej. Za działalność kombatancką uznano:

- 1) pełnienie służby wojskowej w Wojsku Polskim lub w polskich formacjach wojskowych przy

armiach sojuszniczych podczas działań wojennych prowadzonych na wszystkich frontach przez Państwo Polskie,

- 2) uczestniczenie w ramach polskich formacji i organizacji wojskowych w I wojnie światowej, w powstaniach narodowych i walkach o odzyskanie lub utrzymanie terytoriów Rzeczypospolitej Polskiej,
- 3) pełnienie służby w polskich podziemnych formacjach i organizacjach, w tym w działających w ramach tych organizacji oddziałach partyzanckich w okresie wojny 1939-1945,
- 4) pełnienie służby wojskowej w armiach sojuszniczych, a także w sojuszniczych organizacjach ruchu oporu w okresie wojny 1939-1945, z wyjątkiem formacji Ludowego Komisariatu Spraw Wewnętrznych Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich (NKWD) oraz innych specjalnych formacji, które prowadziły działalność przeciwko ludności polskiej,
- 5) pełnienie służby w polskich podziemnych formacjach wojskowych lub organizacjach niepodległościowych na terytorium Państwa Polskiego w jego granicach sprzed dnia 1 września 1939 roku oraz w granicach powojennych w okresie od wkroczenia armii Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich (ZSRR) do końca 1956 roku, jeżeli były to formacje lub organizacje stawiające sobie za cel niepodległość i suwerenność Rzeczypospolitej,
- 6) uczestniczenie w walkach w jednostkach Wojska Polskiego oraz zmilitaryzowanych służbach państwowych z oddziałami Ukraińskiej Powstańczej Armii oraz grupami Wehrwolfu,
- 7) uczestniczenie w tzw. Niszczycielskich Batalionach (Istriebitelnych Batalionach) na dawnych ziemiach polskich w województwach: lwowskim, stanisławowskim, tarnopolskim i wołyńskim w obronie ludności polskiej przed ukraińskimi nacjonalistami, w latach 1944-1945.

Za działalność równorzędną z działalnością kombatancką uznano również (art. 2):

- 1) pełnienie funkcji cywilnych we władzach powstań narodowych oraz w administracji podziemnego Państwa Polskiego w okresie wojny 1939-1945, a także w podziemnych niepodległościowych organizacjach cywilnych w latach 1945-1956,
- 2) udział w okresie do 31 grudnia 1945 roku w walkach o zachowanie suwerenności i niepodległości Państwa Polskiego w zmilitaryzowanych służbach państwowych,

- 3) prowadzenie w okresie wojny 1939-1945 zorganizowanego i profesjonalnego tajnego nauczania dzieci i młodzieży,
- 3) dawanie schronienia osobom narodowości żydowskiej lub innym osobom, za których ukrywanie w latach 1939-1945, ze względu na ich narodowość lub działalność na rzecz suwerenności i niepodległości Rzeczypospolitej Polskiej – groziła kara śmierci,
- 4) zaokrętowanie marynarzy polskich w charakterze członków załogi na statku bandery własnej lub bandery koalicyjnej, przeznaczonym do działań wojennych w okresie wojny 1939-1945,
- 5) uczestniczenie w latach 1914-1945 w walkach o polskość i wolność narodową Śląska, Wielkopolski, Ziemi Lubuskiej, Gdańska, Pomorza i Ziemi Kaszubskiej oraz Warmii i Mazur, a także innych ziem zagarniętych przez zaborców,
- 6) czynny udział w zbrojnym wystąpieniu o wolność i suwerenność Polski w Poznaniu w czerwcu 1956 roku, który spowodował śmierć lub uszczerbek na zdrowiu,
- 7) poniesienie śmierci, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia na czas powyżej siedmiu dni w grudniu 1970 roku na Wybrzeżu wskutek działania wojska lub milicji podczas wystąpień wolnościowych.

Według art. 3. do okresów działalności kombatanckiej lub równorzędnej z działalnością kombatancką zalicza się również czas przebywania:

- 1) w niewoli lub obozach internowanych oraz w obozach podległych Głównemu Zarządowi do Spraw Jeńców Wojennych i Internowanych (GUPWI) NKWD, a od marca 1946 roku MWD ZSRR, i obozach podległych Wydziałowi Obozów Kontrolno-Filtracyjnych NKWD, a od marca 1946 roku MWD ZSRR, spowodowanego działalnością kombatancką,
- 2) w hitlerowskich więzieniach, obozach koncentracyjnych i ośrodkach zagłady oraz w innych miejscach odosobnienia, w których warunki pobytu nie różniły się od warunków w obozach koncentracyjnych, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa, a także w więzieniach i poprawczych obozach pracy oraz poprawczych koloniach pracy podległych Głównemu Zarządowi Obozów i Kolonii Poprawczych (GUŁag) NKWD, a od marca 1946 roku MWD ZSRR, a także w więzieniach lub innych miejscach odosobnienia na terytorium Polski.

Przepisy ustawy stosuje się również do osób, które podlegały represjom wojennym i okresu po-wojennego (art. 4). Represjami w rozumieniu usta-wy są okresy przebywania:

- 1) z przyczyn politycznych, narodowościowych, religijnych i rasowych: a) w hitlerowskich wię-zieniach, obozach koncentracyjnych i ośrod-kach zagłady, b) w innych miejscach odosob-nienia, w których warunki pobytu nie różniły się od warunków w obozach koncentracyj-nych, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeń-stwa, c) w innych miejscach odosobnienia, w których pobyt dzieci do lat 14 miał charak-ter eksterminacyjny, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa,
- 2) z przyczyn narodowościowych i rasowych w gettach,
- 3) z przyczyn politycznych, religijnych i narodo-wościowych: a) w więzieniach oraz popraw-czych obozach pracy i poprawczych kolo-niach pracy podległych Głównemu Zarządo-wi Obozów i Kolonii Poprawczych NKWD, a od marca 1946 roku MWD ZSRR, b) na przy-musowych zesłaniach i deportacji w ZSRR,
- 4) w więzieniach lub innych miejscach odosob-nienia na terytorium Polski na mocy skazania w latach 1944-1956, na podstawie przepisów wydanych przez władze polskie, przez sądy powszechne, wojskowe i specjalne albo w latach 1944-1956 bez wyroku – za działal-ność polityczną bądź religijną, związaną z walką o suwerenność i niepodległość.

Przepisy ustawy stosuje się także do osób, które jako dzieci zostały odebrane rodzicom w celu podda-nia eksterminacji lub w celu przymusowego wynaro-dowienia (art. 4). Okresy, o których mowa w art. 1 ust. 2 oraz w art. 2-4, ustala się w miesiącach. W przypad-ku braku danych do ustalenia takiego okresu, przy-jmuje się okres w wymiarze 1 miesiąca (art. 5).

Zgodnie z art. 12 kombatantom będącym inwa-lidami wojennymi lub wojskowymi oraz pozostałym po nich członkom rodzin przysługują świadczenia pieniężne i inne uprawnienia przewidziane w prze-pisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i woj-skowych oraz ich rodzin. Za inwalidztwo pozosta-jące w związku z pobytem w miejscach, o których mowa w art. 3 i art. 4 ust. 1, uważa się inwalidztwo będące następstwem zranień, kontuzji bądź innych obrażeń lub chorób powstałych w związku z tym pobytem. Związek zranień, kontuzji bądź innych obrażeń lub chorób z pobytem w miejscach, o któ-

rych mowa w art. 3 i art. 4, a także związek inwalidz-twa z takim pobytem ustala lekarz orzecznik ZUS.

STATUS QUO

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w 2002 roku – przyjmując jednolity tekst ustawy o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami repre-sji wojennych [9] – uznał szczególne zasługi dla Polski tych wszystkich obywateli polskich, którzy walczyli o suwerenność i niepodległość Ojczyzny, nie szczędząc życia i zdrowia na polach walki zbroj-nej – w formacjach Wojska Polskiego, armii sojusznicznych, a także w podziemnych organizacjach nie-podległościowych i w działalności cywilnej – z na-rażeniem na represje. Sejm stwierdził, że władze III Rzeszy Niemieckiej, ówczesne władze Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich i komuni-styczny aparat represji w Polsce są winni cierpień zadanych wielu obywatelom Państwa Polskiego ze względu na narodowościowych, politycznych i reli-gijnych. Spowodowały one śmierć wielu milionów, a dla wielu stały się przyczyną trwałej utraty zdro-wia. Sejm stwierdził również, iż kombatantom oraz ofiarom represji należy jest głęboki szacunek wszystkich rodaków oraz szczególna troska i opie-ka ze strony instytucji państwowych, samorządów terytorialnych i organizacji społecznych. Organ usta-wodawczy przyznawanie świadczeń renty inwalidy wojennego uzależnił jednak od badań lekarskich przeprowadzanych indywidualnie w każdym przy-padku.

Od niekorzystnych orzeczeń ZUS dla osób ba-danych istnieje możliwość odwoływania się do Są-dów Pracy (Okręgowych i Apelacyjnych). Od stycz-nia 2005 roku – osoba starająca się o odpowiednie świadczenia – przed złożeniem odwołania do Sądu Pracy jest poddawana badaniu kontrolnemu na dru-giej instancji ZUS – na tzw. Komisji Lekarskiej ZUS.

Z całą pewnością z roku na rok maleje popula-cja osób, które są inwalidami wojennymi. Znamie-nita część osób, które doznały uszczerbku na zdro-wiu lub wyniosły poważne choroby z okresu wojny, okupacji i okresu powojennego – zgodnie z działal-nościami wymienionymi w ustawach – została już zapewne zaspokojona w swoich roszczeniach.

Mimo to ujawnia się jednak nadal sporo osób, które podejmują starania o pozyskanie odpowied-nich świadczeń rentowych.

Stanowią oni poważny problem – nie tyle me-dyczny, co moralny (w związku z ustawowo regulo-wanym pojęciem kombatantstwa – nie należy rów-nież zapominać o pewnym politycznym kontekście). Z jednej strony osoby podejmujące starania o ren-

tę wojenną zasługują na uznanie ich działalności kombatanckiej, lecz z drugiej strony niestety nie zawsze spełniają warunki lekarskie pozwalające na wywiedzenie związku przyczynowego między aktualnymi schorzeniami a okresem wojny i okupacji lub też wykazanie, iż nasilenie tego schorzenia osiąga znaczenie orzecznicze.

I tak nie każdy postrzał czy zranienie odłamkiem, itp. – potwierdzone nawet blizną – prowadziło do ograniczenia sprawności ustroju o znaczeniu orzeczniczym. Nie każda przebyta w okresie „wojny” (umownie) gruźlica czy zapalenie mięśnia sercowego – szczególnie w przypadku niepowikłanego przebiegu – mogą być schorzeniem o znaczeniu inwalidzkim.

Należy w tym miejscu podnieść, iż osoby starające się o świadczenia renty inwalidy wojennego są osobami w podeszłym wieku – mające 60-80 lat. Tym samym mają u nich prawo ujawniać się niemal wszystkie schorzenia somatyczne i psychiczne typowe dla podeszłego wieku.

W praktyce orzeczniczej spotyka się osoby, które uważają, że niemal wszystkie ich aktualne schorzenia wywodzą się wprost z okresu „wojny”. I tak zmiany zwyrodnieniowo-dyskopatyczne kręgosłupa mają być wynikiem noszenia ciężkich plecaków z bronią i amunicją; problemy z niewydolnością krążenia w kończynach dolnych tłumaczone są chodzeniem po śniegu i w zimnej wodzie w lasach, a osłabienie słuchu i problemy z zaćmą lub jaskrą – słuchaniem lub patrzeniem na wybuchy w okresie „wojny”. Gwoli wyjaśnienia należy podnieść, iż u większości badanych osób podnoszone schorzenia wcale nie były obecne w okresie wielu powojennych dekad, a ujawniły się dopiero w podeszłym wieku.

Należy wyraźnie stwierdzić, iż w wielu przypadkach związku między aktualnymi schorzeniami a okresem wojny nie są wymysłem samych pacjentów, lecz zostały „wywiedzone” przez lekarzy z tzw. rejonu. Tym samym powstaje wyraźna cezurą między „dobrymi” lekarzami prowadzącymi, którzy współczują pacjentowi i uznają odpowiednie związki przyczynowe – kierując na rentę wojenną, a „złymi” lekarzami ZUS i biegłymi sądowymi, którzy nie są w stanie uznać roszczeń rentowych pacjenta za zasadne.

W całej rozciągłości można zgodzić się z tezą podniesioną przez profesora Adama Szymusika zawartą w piśmie wewnętrznym z 1997 roku skierowanym w jednej ze spraw rentowych do Zarządu Głównego Związku Sybiraków. Profesor Szymusik będący Przewodniczącym Międzynarodowej Komisji ds. Inwalidztwa Wojennego stwierdził, iż „nie jest możliwym 50 lat po wojnie ustalenie w jakim stopniu aktualny stan zdrowia jest wynikiem prześlado-

wań czy chorób doznanych w czasie deportacji, a w jakim stopniu skutkiem wieku, urazów i chorób w okresie powojennym”.

Kolejne zdanie z tego samego pisma: „bardziej celowe byłoby przyznawanie inwalidztwa wojennego wszystkim osobom, które doznały represji i posiadają uprawnienia kombatanckie, niż badanie ich przez komisje ZUS” – jawi się mieć charakter czysto uznaniowy i stoi w pewnej sprzeczności z istotą orzecznictwa.

Trzeba bowiem wyraźnie powiedzieć, iż pojęcie kombatanctwa nie jest tożsame z terminem inwalidztwa wojennego i nic nie wskazuje, aby w Polsce czy gdziekolwiek na świecie miano dokonać uznania obu pojęć za tożsame.

ROZPOZNANIA PSYCHIATRYCZNE

W przypadku braku istnienia u danej osoby schorzeń somatycznych pozostających w związku z okresem „wojny” – to rozpoznania psychiatryczne są w wielu przypadkach jedyną szansą i/lub przesłanką dla otrzymania świadczeń renty inwalidy wojennego. Klasyfikacja ICD-10 wymienia przy tym dwie jednostki chorobowe, które są rozpoznawane u kombatanów i osób represjonowanych – będąc podstawą starań o odpowiednie świadczenia rentowe. Tyimi schorzenia są:

- zaburzenia stresowe pourazowe (F43.1),
- trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej; F62.0).

Poniżej zostaną omówione kryteria diagnostyczne obu zaburzeń.

Zaburzenia stresowe pourazowe (zespół stresu pourazowego: PTSD – posttraumatic stress disorder):

Główną przesłanką pozwalającą na postawienie tego rozpoznania jest przeżycie wydarzenia czy sytuacji stresowej (krótkiej lub długotrwałej) o wyjątkowo zagrażającym lub katastroficznym charakterze, która mogłaby wywołać niezwykle ciężkie przeżycia („przenikliwe odczuwane cierpienie”) niemal u każdego (kryterium A).

Typowe objawy obejmują przeżywanie na nowo urazowej sytuacji lub „odżywianie” stresora w natrętnych „przebłykach” (reminiscencjach – flashbacks), żywych wspomnieniach lub koszmarach sennych. Pojawia się również gorsze samopoczucie w sytuacjach zetknięcia się z okolicznościami przypominającymi stresor lub związanymi z nim (kryterium B).

U pacjenta stwierdza się unikanie lub też preferuje on unikanie okoliczności przypominających

stresor lub związanych z nim – co nie występowało przed zetknięciem się z działaniem stresora (kryterium C).

Ponadto stwierdza się występowanie następujących objawów (kryterium D):

- 1) częściowa lub całkowita niezdolność do odтворzenia pewnych ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresem,
- 2) uporczywe utrzymujące się objawy zwiększonej psychologicznej wrażliwości i stany wzburzenia (wcześniej nie występujące) pod postacią przynajmniej dwóch z poniżej wymienionych objawów:
 - a) trudności zasypiania lub podtrzymywania snu,
 - b) drażliwość lub wybuchy gniewu,
 - c) trudności koncentracji,
 - d) nadmierna czujność,
 - e) wzmożona reakcja zaskoczenia (wzdrygnięcie się, zwroty głową, zmiana pozycji ciała jako reakcja na nagły, nieoczekiwany bodziec)

Dopełnienie diagnozy wymaga, aby wszystkie z kryteriów B, C i D zostały spełnione w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia okresu oddziaływania stresora. Dla niektórych celów można włączyć także początek opóźniony o dłużej niż 6 miesięcy, lecz należy to wyraźnie podkreślić.

Trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej):

Wywiad zebrany od pacjenta lub od bliskim mu osoby wykazuje, iż w następstwie stresu o rozmiarach katastrofy (np. doświadczenie obozu koncentracyjnego, tortur, katastrofy naturalnej, przedłużonego narażenia na sytuacje zagrażające życiu) doszło do wyraźnej i utrwalonej zmiany indywidualnego wzorca spostrzegania, odnoszenia się i myślenia w stosunku do otoczenia i siebie (kryterium A).

Kryterium diagnostyczne B stwierdza, iż zmiana osobowości musi być wyraźna oraz stanowi cechę sztywną i prowadzącą do dezadaptacji – co winno znaleźć potwierdzenie w występowaniu przynajmniej dwóch z następujących objawów:

- 1) stałe wroga i nieufna postawa w stosunku do świata u osoby dotychczas nie wykazującej takich cech,
- 2) społeczne wycofywanie się (unikanie kontaktów z ludźmi innymi niż blisko spokrewnionymi, wśród których dana osoba żyje), nie spowodowane innymi zaburzeniami psychicznymi (np. zaburzeniami nastroju),

- 3) stałe uczucie pustki i bezradności nie ograniczone do wyodrębnionego epizodu zaburzeń nastroju, które nie występowało przed doświadczeniem katastrofalnego stresu; może wiązać się ze wzrastającą zależnością od innych, niezdolnością do wyrażania uczuć negatywnych lub agresywnych i przedłużającym się obniżeniem nastroju przy braku potwierdzenia zaburzeń depresyjnych występujących przed narażeniem na katastrofalny stres,
- 4) trwałe poczucie znalezienia się „na krawędzi” lub zagrożenia, mimo braku zewnętrznych przyczyn, potwierdzone wzmożoną czujnością i drażliwością u osoby wcześniej nie przejawiającej cech tego rodzaju nadmiernej gotowości; przewlekły stan wewnętrznego napięcia i poczucia zagrożenia może wiązać się ze skłonnością do nadmiernego picia lub przyjmowania substancji uzależniających,
- 5) stałe poczucie zmieniania się lub odmienności od innych (wyobcowania), to poczucie może wiązać się z doświadczeniem emocjonalnego odrętwienia.

Zmiany powodują u tego rodzaju osób istotne zakłócenie funkcjonowania w codziennym życiu, cierpienie lub niepożądany wpływ na otoczenie społeczne (kryterium C). Zmiana osobowości rozwija się po przeżyciu katastrofy i nie ma wywiadu wskazującego na istnienie poprzedzających zaburzeń lub wyraźnych cech osobowości wieku dorosłego, ani na zaburzenia osobowości lub zaburzenia rozwojowe okresu dziecięcego i młodzieńczego, które wyjaśniałyby obecne cechy osobowości (kryterium D). Stwierdzana zmiana osobowości powinna trwać przez okres przynajmniej 2 lat i nie wiązać się z innymi zaburzeniami psychicznymi (za wyjątkiem zaburzenia stresowego pourazowego) i nie można jej uzasadniać uszkodzeniem ani chorobą mózgu (kryterium E). Zmianę osobowości spełniającą powyższe kryteria często poprzedza zaburzenie stresowe pourazowe. Objawy tych dwóch stanów mogą nakładać się, a zmiana osobowości może być przewlekłym zajęciem zaburzenia stresowego pourazowego. Drugie z rozpoznań winno być przyjęte dopiero po dwóch latach utrzymywania się zaburzeń stresowych pourazowych i kolejnych przynajmniej dwóch latach występowania kryteriów trwałej zmiany osobowości po katastrofach (kryterium F).

W praktyce orzeczniczej spotyka się znacznie częściej diagnozę zaburzeń stresowych pourazowych niż trwałej zmiany osobowości po katastrofach.

Przy tak rozbudowanej diagnostyce najważniejszym wydaje się być stwierdzenie istnienia w prze-

szłości u pacjenta bardzo ciężkiego stresora, którego potwierdzeniem są posiadane uprawnienia kombatanckie, wyroki za działalność polityczną okresu powojennego itp., oraz potwierdzenie istnienia zaburzeń natury psychiatrycznej – będących skutkiem doznanego stresu – udziału w wojnie, zesłaniu do byłego ZSRR, czy uwięzieniu za działalność polityczną w okresie PRL (lata 1944-1956 – skazania na podstawie dekretu z dnia 13.06.1946 roku – o przestępstwach szczególnie niebezpiecznych w okresie odbudowy państwa) [za 6]. Bogata jest literatura historyczna opisująca dzieje, przeżycia i losy Polaków na rozmaitych frontach wojennych II wojny światowej, w faszystowskich obozach koncentracyjnych i lagrach sowieckich czy też w polskich więzieniach okresu powojennego. Imponujące jest również piśmiennictwo medyczne z zakresu schorzeń somatycznych i psychicznych ujawniających się u osób, które w szczególnie sposób doświadczyły tragedii i koszmaru wojny i okresu powojennego. Szczególnie dużo badań poświęconych jest zaburzeniom stresowym pourazowym lub inaczej zespołowi stresu pourazowego (PTSD) [7]. W literaturze znaleźć można ponadto dane o ewolucji terminologii (4) – od zespołu Da Costy („serce żołnierskie”) wywodzącego się jeszcze z XIX wieku, przez neurastenię czy histerię pourazową, „nerwice wojenne” (drżenie rąk – „Zitterkrankheit”; kamtokormię), fizjoneurozę, zespół „KZ-syndrom”, do zespołu PTSD. W pewnym przybliżeniu rozpoznanie typu stresu pourazowego przypomina zaburzenia o obrazie neurasteniczno-przygnębiennie-lękowo-dysforycznym, przy czym u każdej osoby poszczególne komponenty objawowe mogą być wyrażone w rozmaitym nasileniu [1].

PRAKTYKA ORZECZNICZA

Badania literaturowe pokazują, iż zaburzenia typu pourazowego mieściły się, były opisywane czy też interpretowane jako postać nerwic „rozszczeniowych” czy „rentowych”, w których objawy chorobowe nie są bezpośrednio wynikiem jakichkolwiek doznanych urazów czy stresów, lecz sposobem osiągnięcia wtórnych korzyści [4].

Tak jak bardzo rozbudowana jest literatura dotycząca samej fenomenologii zaburzeń stresowych pourazowych – tak praktycznie nie poruszane jest zagadnienie weryfikacji tego rozpoznania w kontekście orzecznictwa rentowego. Dopiero w najnowszej literaturze tematu poruszona została problematyka symulacji i metasymulacji objawów zespołu PTSD. Docent Heitzman stwierdza w swoim opracowaniu, iż „... uznanie PTSD w celach odszkodowawczych

może nastąpić dopiero po ustabilizowaniu się objawów, nie wcześniej jednak niż po roku leczenia – poddania się stosownej terapii psychologicznej i psychofarmakologicznej” [2].

Zaburzenia stresowe pourazowe – którego umocowania klinicznego i epidemiologicznego we współczesnych systemach klasyfikacyjnych (np. ICD-10) nie sposób kwestionować – jest bodaj jedynym znanym w medycynie schorzeniem, które swe nasilenie i znaczenie orzecznicze może osiągać po całych dekadach latencji. Doświadczenia orzecznicze potwierdzają, iż osobami starającymi się o świadczenia inwalidy wojennego nie są osoby, które od lat zdradzają pewne zaburzenia psychiczne i leczą się z tego powodu, i dopiero w ostatnim okresie lekarz psychiatra zidentyfikował źródło/przyczynę tych zaburzeń (w stresie doznanym przed pół wieku) – określając je mianem PTSD.

Tym samym teorie badawcze reprezentowane w niektórych ośrodkach naukowych – stoją w pewnym rozdźwięku z praktyką kliniczną i nie znajdują powszechnego uznania ani w środowisku psychiatrycznym, ani tym bardziej praktyce orzeczniczej ZUS. Poddawane są one również krytyce specjalistów zajmujących się orzecznictwem i nie będących psychiatrami [5].

Praktyka orzecznicza pokazuje bowiem, iż starania o świadczenia inwalidy wojennego – z rozpoznaniem zaburzeń stresowych pourazowych na druku rentowym – podejmują osoby, które nigdy wcześniej nie leczyły się psychiatrycznie. Częstą praktyką orzeczniczą jest wystawianie odpowiedniego druku rentowego na podstawie pierwszej i jedynej wizyty konsultacyjnej u lekarza psychiatry. Zdarza się niekiedy, że kilka lat po otrzymaniu świadczeń renty wojennej na poziomie częściowej niezdolności do pracy – osoba wnosi o podwyższenie mu tych świadczeń. Ponownie druk rentowy sporządzany jest przez lekarza psychiatrę, który ponownie potwierdza istnienie u badanego objawów depresyjno-lękowych – opisując je jako odpowiadające zespołowi PTSD – mimo, iż w okresie minionych kilku lat opiniowany nie leczył się psychiatrycznie (choćby otrzymując leki przeciwłękowe czy tymoleptyczne od lekarza rodzinnego/domowego/internisty).

Autor jeszcze raz chciałby podnieść, że nie kwestionuje samej istoty rozpoznania typu PTSD, lecz jego rzeczywiste znaczenie orzecznicze, tj. niewielkie nasilenie. Wydaje się, iż tego rodzaju rozpoznania bywają w zakresie orzecznictwa rentowego nadużywane. Nie każda rozpoznawana u pacjenta depresja czy zespół lękowy ma znaczenie orzecznicze, a więc taka sama uwaga dotyczy również rozpoznania zaburzeń stresowych pourazowych. Nawet

jeżeli przyjąć, iż duża czy znacząco duża część populacji kombatantów zdradza objawy (wszystkie czy też niektóre) zespołu PTSD – to nie sposób uznać, aby u wszystkich tych osób zaburzenia te osiągały poziom i znaczenie inwalidzkie. Wspomniany powyżej wymóg jednego roku leczenia potwierdza nie tyle samo rozpoznanie zespołu PTSD, co jego znaczne nasilenie i uciążliwość – będące przesłanką do stwierdzenia takiego nasilenia dolegliwości chorobowych, które osiąga znaczenie orzecznicze.

W praktyce jednak wielu pacjentów nie spełnia podniesionego wyżej warunku. Do realiów orzeczniczych należą takie osoby, które nigdy w okresie powojennym nie skarżyły się i nie leczyły psychiatrycznie. W tym miejscu mowa jest nie tylko o leczeniu u lekarza psychiatry, lecz o istnieniu jakichkolwiek zaburzeń psychicznych czy „nerwicowych” – choćby klasycznej dystonii neurovegetatywnej, które byłyby zauważone w minionych dekadach i leczone przez lekarzy innych specjalności. Są to często osoby, które przeszły w odpowiednim wieku na emeryturę – tj. nie starając się wcześniej o jakiekolwiek świadczenia rentowe z tzw. ogólnego stanu zdrowia. W sytuacjach, kiedy jednak podejmowali starania o świadczenia rentowe – to wyłącznie z przyczyn somatycznych i to w wieku powyżej 50-55 roku życia, kiedy to tego rodzaju schorzenia występują również w populacji równolatków – nie obciążonych wywiadem kombatanckim. Tym samym nie sposób jest u nich przyjąć rozpoznania: utrwalonego poobozowego zespołu pourazowego, wieloukładowej nieodwracalnej przewlekłej choroby poobozowej, poobozowej astenii przewlekłej postępującej czy też zespołu poobozowego przedwczesnego starzenia. To z kolei czyni niemożliwym zastosowanie zaleceń zawartych w Zarządzeniu nr 18 prezesa ZUS z dnia 22.12.1994 roku w sprawie orzekania o inwalidztwie osób będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego.

Najtrudniejszym do zaakceptowania – z orzeczniczego punktu widzenia – jest fakt braku leczenia psychiatrycznego – w okresie przed podjęciem starań o świadczenia renty wojennej, jak i również po otrzymaniu tych świadczeń – właśnie dla rozpoznania psychiatrycznego. Retorycznym jest pytanie – co to są za zaburzenia pourazowe – mające w obraz wpisane dolegliwości lękowe i depresyjne, które z jednej strony w ogóle nie były dotąd u danej osoby diagnozowane i nie zmuszają do podjęcia leczenia specjalistycznego, a z drugiej strony mają osiągać nasilenie o znaczeniu orzeczniczym. Próby „teoretycznego” wyjaśniania nie leczenia się tych osób – naturą zaburzeń PTSD (unikaniem kontaktów z innymi ludźmi, niechęcią powracania pamię-

cią do sytuacji stresu) – jawią się jako trudne do zaakceptowania.

Nawet w przypadku psychoz – nie zawsze przerwanie leczenia wynika z chorobowego zaprzeczania chorobie i jej negowaniu, lecz bywa efektem remisji objawowej. Trudno jest – z orzeczniczego punktu widzenia – zaakceptować sytuację, w której regularne, systematyczne i intensywne leczenie objawów neurasteniczno-depresyjno-lękowo-dysforycznych – identyfikowanych jako pourazowe zaburzenia stresowe mogła zastąpić jednorazowa konsultacja psychiatryczna.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż zmieniła się praktyka orzecznicza ZUS. W chwili obecnej lekarz orzecznik ZUS (jak również biegli sądowi) nie opierają orzeczenia na druku rentowym czy zaświadczeniu lekarskim, lecz na pełnej dokumentacji leczenia (oczywiście obok samego badania przedmiotowego). Doświadczenie pokazuje, iż „wspaniale” wypełnione druki rentowe częstokroć nie korespondują z rzeczywistym leczeniem. I tak wielokrotnie zdarza się, iż pacjent po otrzymaniu świadczeń rentowych przerywa leczenie psychiatryczne lub je zdecydowanie osłabia np. do symbolicznych 1-2 wizyt w roku, i wraca do leczenia lub też je znacząco intensyfikuje niedługo przed kolejnym badaniem kontrolnym ZUS [10].

Orzekanie inwalidztwa z tytułu niezdolności do pracy (tu: w związku z „wojną”) na podstawie zaświadczenia wydanego w trakcie jednorazowej wizyty i w sytuacji braku leczenia psychiatrycznego – wydaje się być wadliwe – niezależnie od „naukowych” argumentów wysuwanych przez lekarzy praktykujących rozpoznawanie zaburzeń typu PTSD i sporządzanie odpowiednich zaświadczeń rentowych właśnie podczas tej pierwszej i jednorazowej wizyty. Inaczej trzeba byłoby się zgodzić z dość absurdalną tezą, iż zaburzenia pourazowe to takie, które „ujawniają się” li wyłącznie w sytuacji podjęcia przez daną osobę starań o świadczenia inwalidy wojennego.

Niejednokrotnie zdarza się, iż wizyta u lekarza psychiatry ma charakter „drugiego rzutu”, tj. odbywa się wówczas gdy pacjentowi nie udało się otrzymać odpowiednich świadczeń w związku ze schorzeniami somatycznymi. Często zdarza się, iż nawet po takiej wizycie u lekarza psychiatry – pacjent nie ma świadomości że był badany przez lekarza, i że postawiono u niego rozpoznania psychiatryczne. Autor z pewną przykrością musi przytoczyć wypowiedzi wcale nie tak nielicznych pacjentów, którzy stwierdzają, że nigdy nie mieli żadnych problemów psychicznych, a do psychiatry zostali wysłani przez Związek ..., by tam otrzymać odpowiednie zaświadczenie lekarskie.

Oznacza to, iż osoby starające się o świadczenia renty inwalidy wojennego zgłaszają się na wizytę do psychiatry nie w związku z realnymi – tj. nasilonymi i uciążliwymi dolegliwościami, z którymi sobie dana osoba nie radzi i wymaga leczenia, lecz w celu pozyskania odpowiedniego zaświadczenia rentowego. Sytuacja taka już od samego początku stawia w dość niefortunnym świetle wartość tego rodzaju *ad hoc* sporządzanych zaświadczeń o stanie zdrowia, gdzie jak *deus ex machina* pojawia się rozpoznanie w rodzaju zespołu PTSD. W takiej sytuacji odsetki kombatantów lub osób represjonowanych z rozpoznawanym zespołem PTSD lub porażową zmianą osobowości sięgające 99-100% jawią się jako dość zrozumiałe. Wyniki te odbiegają jednak od wyników innych autorów, którzy rozpoznanie zaburzeń pourazowych szacują w szerokim zakresie od 3,6 do 75% [za 1, 6].

W tym kontekście warto zastanowić się nad etyczno-moralnym aspektem sporządzania zaświadczeń lekarskich na prośbę, tu: określone zapotrzebowanie pacjenta. Kolejnym problemem jest potencjalne zjawisko ich jatrogenizacji – przez „rozpoznawanie” u nich zaburzeń do tej pory nie istniejących i dotychczas nie wymagających żadnych interwencji natury medycznej.

Specjaliści zajmujący się problematyką zaburzeń typu PTSD i roszczeniami wynikającymi z tego rozpoznania proponują, aby osoba badająca zadała sobie w każdym przypadku pięć standardowych pytań [2]:

1. Czy osoba występująca z roszczeniem z powodu PTSD rzeczywiście spełnia kryteria kliniczne tego zaburzenia?
2. Czy stresor urazowy, który miałby spowodować PTSD, ma odpowiedni ciężar gatunkowy, aby wywołać zaburzenie?
3. Jaka jest psychiatryczna historia badanego, dotycząca okresu przed zdarzeniem?
4. Czy diagnoza PTSD jest oparta wyłącznie na subiektywnym przedstawieniu symptomów przez badanego?
5. Jaki jest obiektywny poziom funkcjonowania psychicznego badanego?

W przypadku omawianej grupy osób najtrudniej odpowiedzieć na pytania 1, 4 i 5. Dolegliwości deklarowane przez osobę podejmującą starania o świadczenia renty wojennej i rozpoznawane w trakcie jednorazowej wizyty psychiatrycznej – trudno jest uznać za weryfikowalne. Brak jakichkolwiek danych o zaburzeniach psychiatrycznych w wywiadzie wraz z brakiem wcześniejszego leczenia psychiatrycznego znacząco utrudnia stwierdzenie istnienia u danej osoby zaburzeń psychicznych o znacznym na-

sileniu i uciążliwości, i znaczącym obniżeniu funkcjonowania. Tym samym zaburzenia stresowe porażowe u pewnej części osób należałoby zredukować do wyłącznie subiektywnych doznań, wrażeń, problemów emocjonalnych i odczuć, które nie osiągają poziomu nasilenia klinicznego i nie sposób przypisać im znaczenia orzeczniczego.

WNIOSKI KOŃCOWE

Zaburzenia o obrazie stresu pourazowego czy też trwałej zmiany osobowości po katastrofach mają bogatą literaturę faktograficzną. Rozpoznania te stanowią również przesłankę podejmowania starań osób z uprawnieniami kombatanckimi lub prześladowanych w czasie wojny i w okresie powojennym o otrzymanie uprawnień do tzw. renty wojennej. Praktyka orzecznicza nastrocza jednak wiele problemów – szczególnie w sytuacji, gdy pacjent do tej pory nie leczył się psychiatrycznie i nigdy wcześniej nie rozpoznawano u niego jakichkolwiek zaburzeń psychicznych.

Z orzeczniczego punktu widzenia trudno jest orzekać o prawie do renty wojennej na podstawie zaświadczenia powstałego w trakcie jednorazowej wizyty konsultacyjnej u lekarza psychiatry. Jako całkiem zasadny i konieczny wydaje się być wymóg, aby podjęcie starań o rentę inwalidy wojennego poprzedziło wcześniejsze, przynajmniej rok trwające leczenie psychiatryczne.

Wydaje się, iż powyżej poruszane zagadnienia winny być uregulowane przez odpowiednią ustawę. Przyznanie jednak świadczeń inwalidy wojennego *largæ manus* każdej osobie posiadającej odpowiednie uprawnienia kombatanckie stałoby w sprzeczności z zasadami indywidualnego orzecznictwa. Scedowanie problemu orzekania w sprawach rent wojennych na lekarzy ZUS czy biegłych sądowych – nie jest najlepszym, choć jedynym, wyjściem. Można w tym miejscu wyrazić opinię, iż rolą lekarzy ZUS i biegłych sądowych – nie jest narzadzanie wyroków historii.

PIŚMIENNICTWO

1. Habzda-Siwek E., Rutkowski K.: Opiniowanie w sprawach kombatantów i osób represjonowanych. Wydawnictwo PAN O. Kraków 2004.
2. Heitzman J.: Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Robakowski J., Wiórka J. (red.): Psychiatria, t. II.

Wyd. Medyczne Urban & Partner. Wrocław 2002, 466-483.

3. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, IpiN. Kraków-Warszawa 1998.

4. Leder S.: Nerwice. W: Dąbrowski S., Jaroszewski J., Pużyński S. (red.): Psychiatria. Tom 1. PZWL. Warszawa 1987, 160-210.

5. Marek Z.: Błąd medyczny. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne. Kraków 1999.

6. Rutkowski K.: Błędy we wnioskowaniu w opiniach sądowych. Doświadczenia kliniczne opinowania w przypadkach osób prześladowanych z

przyczyn politycznych. Wiadomości Psychiatryczne 2004, 3, 187-191.

7. Ryn Z. J.: Psychiatria obozów koncentracyjnych i prześladowań politycznych. Wydawnictwo PAN O. Kraków 2003.

8. Ustawa z dnia 29 maja 1974 roku – o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (tekst jednolity Dz.U. 2002 nr 9 poz. 87).

9. Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 roku – o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (tekst jednolity Dz.U. 2002 nr 42 poz. 371).

10. Wilmowska-Pietruszyńska A.: Orzecznictwo lekarskie. Urban & Partner 2003.